

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

694

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques AUBRY

né le 25 Juillet 1912 à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CHOLECYSTOSTOMIES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques AUBRY

né le 25 Juillet 1912 à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CHOLECYSTOSTOMIES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte...	TROISIERS.
Clinique de cardiologie.....	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie.....	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale.....	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.... Pathologie chirurgicale.
BARIETY.... Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).... Hydrologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLIARD... Histologie.
CATHALA.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
COSTE..... Pathologie médicale.
DOGNON.... Physique.
FEY..... Urologie.
FUNCK..... Pathologie chirurgicale
GALLIARD.. Parasitologie.
GASTINEL... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
DE GENNES. Pathologie médicale.
GIROUD.... Histologie.
HAGUENAU. Pathologie médicale.
HALPHEN... Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN.. Anatomie pathologique
JOANNON.... Hygiène.
LACOMME... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG.... Pathologie médicale.
LEMAIRE.... Pathologie expérimentale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX. Pathologie chirurgicale.
MOLLARET.. Pathologie médicale.
MOREAU... Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN... Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RENARD.... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SENEQUE... Pathologie chirurgicale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT..... Physiologie.
GUENIOT... Obstétrique.
HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale.
cale.

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
LE LORIER.. Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.... Parasitologie.
SCHWARTZ.. Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.....		BROCQ.....	
BRULE.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER.....	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR - VAL-			
LERY-RADOT.			
SEZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE JACQUELINE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

*Qui nous fit le grand honneur de
présider notre Jury de thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde gratitude
et de notre respectueuse admiration.*

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUMÉ

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne à l'Hôpital de Quimper, je suis heureux de témoigner ma respectueuse reconnaissance pour la bienveillance si affectueuse qu'il n'a cessé de me témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PILVEN

Dont nous avons été l'interne pendant deux ans, nous sommes heureux de témoigner l'admiration et la respectueuse reconnaissance que nous lui devons pour le précieux enseignement qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL DE QUIMPER

INTRODUCTION

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la réaction qui, dessinée déjà depuis plusieurs années en faveur de la cholecystostomie, n'a fait que s'accroître et faire considérer cette méthode comme l'intervention de choix dans tous les cas où la fonction de la vésicule paraît conservée.

Ceci à l'encontre de la cholecystectomy, opération trop radicale dans certains cas, qui, tout en conservant un certain nombre d'indications, a l'inconvénient de supprimer un organe dont les fonctions sont utiles, et qui doit laisser place à la cholecystostomie toutes les fois que l'activité fonctionnelle de la vésicule n'est pas ou n'est que peu atteinte, ou que cette activité est susceptible de se réveiller.

Conserver ce réservoir autant que possible est donc rationnel, autant que sa fonction n'est pas altérée, ce que la clinique permet de supposer, et qu'une minutieuse exploration de tout le carrefour et des lésions de la vésicule confirme.

En plus de cet avantage primordial, la cholecystostomie est une méthode de drainage parfait du foie et des voies biliaires. La lithiase biliaire et l'infection des voies biliaires étant le résultat d'une maladie générale et particulièrement d'un « trouble du procensus humoral de la cellule hépatique », ce drainage plus ou moins pro-

longé de la cellule hépatique permis par la cholecystostomie donne des résultats remarquables, à tel point que certains chirurgiens envoient leurs malades encore munis de leur sonde à Châtel-Guyon pour accentuer et parfaire ce drainage de la cellule hépatique (Docteur Desplas). Ce drainage peut-être maintenu plus ou moins longtemps. Sa durée est fonction de l'aspect de la bile donc de l'état du foie.

La cholecystostomie permet également de vérifier par radiographie après introduction dans l'organisme d'un produit opaque (tétraïode-ténébryl) l'état de la perméabilité des voies biliaires.

Un inconvénient de cette méthode, autrefois mis en avant par ses adversaires était son manque d'élégance, d'être une « opération sale » la bile s'écoulant par la fistule, souillant le pansement et corrodant la paroi. Cet inconvénient a depuis longtemps déjà disparu, depuis que la technique de la cholecystostomie continente, mise au point par le docteur B. DESPLAS, est entrée dans la pratique courante.

Sa technique depuis n'a cessé de s'améliorer, le rapproche fait à la cholecystostomie de laisser en place un organe malade, pouvant amener la récurrence d'incidents infectieux ou lithiasiques a fait naître la cholecystostomie avec résection de la muqueuse sur lequel nous reviendrons plus longuement au cours de ce travail.

Nous avons pu au cours de nos études médicales pratiquer un certain nombre de cholecystostomies à l'hôpital de Quimper où nous avons été interne en chirurgie

pendant deux ans, dans les services du docteur GAUMÉ et du docteur PILVEN. Nous avons été ainsi amené à demander au docteur GAUMÉ, au docteur PILVEN et au docteur OLLIVIER-HENRY de bien vouloir nous confier leurs observations.

Nous tenons à remercier le docteur GAUMÉ et le docteur PILVEN de leur enseignement à l'hôpital de Quimper qui nous fut si précieux. Nous remercions particulièrement le docteur PILVEN et le docteur OLLIVIER-HENRY de l'aide et des conseils qu'ils ont bien voulu nous prodiguer au cours de ce travail.

Après avoir passé en revue rapidement les avantages, accidents et incidents de la cholecystostomie, nous décrirons quelques affections pour lesquelles il nous fut donné de pratiquer la cholecystostomie.

Nous insisterons plus particulièrement sur quelques cas de gangrène de la vésicule que nous avons observés et les résultats intéressants que la cholecystostomie nous a donnés.

*
* *

Nous consacrerons le dernier chapitre de ce travail à l'étude de la cholecystostomie avec résection de la muqueuse en vue d'éviter le retour ultérieur d'accidents infectieux ou lithiasiques, opération véritablement intermédiaire entre la cholecystectomie et la cholecystostomie laissant en place le réservoir de la vésicule tout en ôtant la muqueuse origine des récidives.

CHAPITRE I

— INCONVÉNIENTS DE LA CHOLECYSTECTOMIE —

AVANTAGES, INCONVÉNIENTS, INDICATIONS

DE LA

CHOLECYSTOSTOMIE

De nombreuses statistiques publiées toutes ces dernières années, ont montré qu'un pourcentage variable suivant les auteurs, mais toujours important d'opérés se plaignent de séquelles.

Séquelles dues, soit aux lésions du péritoine sous-hépatique, fait du méchage et du drainage amenant l'inflammation des organes voisins : périoduodénite, péricolite, etc...

Soit à la formation d'adhérences, soit à une poussée de pancréatite.

De plus l'intervention n'a supprimé qu'une partie des organes malades, l'inflammation n'étant pas toujours strictement localisée à la vésicule ; la cellule hépatique, les voies biliaires en général sont souvent atteintes.

Il en résulte, que longtemps après l'intervention, des troubles peuvent persister jusqu'à la guérison complète de ces organes, et là l'avantage de la cholecystostomie

revient en jeu. La lithiase biliaire et l'infection des voies biliaires étant considérées comme le résultat d'une maladie générale d'un « trouble du processus humoral de la cellule hépatique » quoi de meilleur alors que le drainage permis par cette intervention. Pendant ce temps tout peut rentrer dans l'ordre...

Actuellement ce rôle de dérivation de la bile par la fistule, réalisant dans certains cas un véritable « anus biliaire », permet de faire de la cholecystostomie un premier temps opératoire, d'attente de régression du processus inflammatoire... Ce n'est que, si l'activité fonctionnelle de la vésicule ne s'est pas réveillée, que le deuxième temps : la cholecystectomie peut être pratiquée et dans les conditions les meilleures.

De plus ce rôle de réceptacle de la vésicule biliaire prouve son importance, puisque en peu de temps, la radiographie le montre, il se forme une dilatation au niveau de la cicatrice sur la voie biliaire principale ; véritable « néo-vésicule » suivant certains.

De nombreux troubles, dus à la cholecystectomie ont certainement un rapport avec la suppression de la vésicule biliaire.

Le plus souvent ces troubles sont légers et s'améliorent à la longue par un traitement approprié. Mais parfois aussi ils sont graves.

- véritables récives des crises douloureuses, souvent même aggravation.
- véritables crises de coliques hépatiques avec ictère.

Nous voyons donc que la vésicule est un organe qui a un rôle physiologique et mécanique certain :

La bile s'y concentre.

La vésicule se contracte.

Et encore faut-il être prudent dans ces indications d'exérèse.

La cholecystostomie étant une opération bénigne il ne faudra recourir à la stectomie que dans les cas où vraiment la fonction vésiculaire est très réduite ou absente. Et encore est-il qu'en cas de doute sur l'opportunité de l'une ou l'autre opération plutôt que d'enlever radicalement la vésicule, il est préférable de pratiquer une stomie, et ultérieurement si les phénomènes douloureux et infectieux n'ont pas rétrocedé, si la vésicule n'a pas repris sa fonction une cholecystectomy. Souvent la cholecystostomie sera suffisante et le chirurgien n'aura qu'à se féliciter d'avoir amené une guérison du processus morbide tout en laissant un organe utile.

Nous verrons même plus loin que dans les cas de gangrène de la vésicule, lorsque l'on a affaire à un malade très fatigué, très infecté ; le drainage vésiculaire qui traite en même temps l'infection de la voie principale, améliore considérablement le pronostic autrefois sombre de cette affection.

Cependant la cholecystectomy reste la seule intervention lorsque la fonction de la vésicule est considérablement diminuée ou réduite à néant, et que l'on a affaire à un malade résistant, chez qui l'on pourra pratiquer une opération choquante et grave.

Parmi ces cas on pratiquera la cholecystectomie dans

- les cholecystites à poussées récidivantes si la vésicule est libre.
- dans les vésicules scléroatrophiques calculeuses ,
- dans l'hydrocholecystite.

•

* *

Les inconvénients de la cholecystectomie sur lesquels nous venons d'insister nous amènent à parler des avantages de la cholecystostomie.

— C'est une opération bénigne, non choquante rapide, ne traumatisant pas la région sous-hépatique (alors que combien pénible et long parfois ce clivage de la vésicule adhérente sur la face inférieure du foie sinon dangereux étant donné le risque, rare il est vrai, de léser cet organe).

— Ne nécessitant le plus souvent qu'une anesthésie locale, gros avantage étant donnée la fragilité de ces malades.

— Evitant presque toujours le méchage et le drainage de la loge sous-hépatique (les complications étudiées au chapitre précédent à ce sujet sont ainsi réduites).

— opération qui par le drainage des voies biliaires et du foie, met la vésicule au repos, lui évitant ainsi son rôle de condensation de la bile.

— opération ne supprimant pas un organe utile. Nous ne nous étendrons pas sur cet avantage, l'ayant déjà fait longuement.

De plus, elle permet de vérifier la perméabilité des voies biliaires principales. Lorsqu'à l'intervention on

aura trouvé une vésicule qu'on supposera digne d'être conservée et rééduable, il faudra après l'avoir drainée, se rendre compte de ce qui peut être récupéré dans le fonctionnement du cours normal de la bile. Aussi un examen lipiodolé est-il, au cours de la convalescence indispensable car il permettra la fermeture d'un drainage temporaire à brève échéance ou la localisation d'un obstacle. La cholécystostomie, dans ce cas, pourra être le premier temps d'une intervention plus complète : cholédocotomie ou cholécystectomie pratiquées dans des conditions meilleures.

On a beaucoup parlé des inconvénients de la cholécystostomie ; particulièrement des fistules et des récidives.

Autrefois en effet, les fistules étaient une complication fréquente de cette méthode. Nombre d'opérés conservaient des fistules pendant de longs mois, mais il était rare, cependant qu'elles ne se tarissent pas.

Nous n'en avons observé qu'un cas parmi les nombreuses cholécystostomies pratiquées à l'hôpital de Quimper. C'est celui d'une religieuse cholécystostomisée il y a plusieurs années et à qui on dut pratiquer une fermeture de la fistule en février 1938.

Ce cas correspond d'ailleurs, à une technique ancienne qui aboutissait directement à la peau le fond de la vésicule. A l'heure actuelle, l'accollement de la vésicule au péritoine avec sonde munie d'opercule de Cavaillon, permet en 24 heures ou 48 heures au maximum l'occlusion complète de l'orifice de la stomie.

D'autre part, le principe de l'opération laissant en place un organe malade, ne permet pas d'éviter le re-

tour d'accidents infectieux ou lithiasiques. C'était un gros reproche fait à la cholécystostomie.

Nous citons un de ces cas de récurrence, vu récemment dans le service de chirurgie.

Observation n° 1

Soeur B. Depuis 1937 traitée médicalement pour crises aiguës abdominales, avec vomissements alimentaires et bilieux, et douleur localisée à la région sous-hépatique.

En Février 1937, crise particulièrement douloureuse, subictère, vomissements de bile.

Le 13 Mars 1937, nouvelle crise, on décide d'intervenir.

Incision para-médiane droite, on tombe sur une vésicule très grosse, la ponction retire un liquide clair et quelques petits cailloux — Cholécystostomie.

La malade garde la sonde trois semaines, au bout desquelles elle est retirée, en même temps que trois calculs qui viennent avec elle.

La bile pendant ce temps s'était écoulée noire, pendant neuf jours, puis peu à peu s'était éclaircie et redevenue normale.

Pendant une journée encore s'écoule un peu de bile par la fistule qui se referme presque tout de suite.

Le malade se porte bien, jusqu'au mois de juin 1938 où une nouvelle crise survient avec vomissements de bile ; elle reste sans lendemain.

Mais le 28 avril 1939, nouvelle crise aigue nécessitant l'emploi de chlorhydrate de morphine, vomissements, douleurs très violentes localisées à toute la cage sous-hépathique. On décide d'intervenir — le 2 mai 1939 — à l'ouverture on tombe sur une vésicule grosse, tendue, pleine de liquide et de pus. En outre un calcul gros comme une bille — cholécystectomie, drains, mèches.

Comme nous verrons plus longuement dans le dernier chapitre de ce travail, ce risque de récurrence est évitable si on pratique la cholécystostomie avec résection de la muqueuse toujours malade, et dont la conservation n'évite évidemment pas le retour d'accidents infectieux ou lithiasiques.

Il est probable que dans le cas que nous venons de citer si la résection de la muqueuse avait été pratiquée lors de la première intervention, la récurrence aurait pu ne pas se produire.

Par ailleurs, de nombreuses statistiques tendaient autrefois à prouver que les résultats de la cholécystostomie étaient inférieurs à ceux de la cholécystectomie. Cela ne tenait-il pas au fait que l'on avait tendance à pratiquer la cholécystostomie dans les cas graves, où l'état du malade aurait rendue dangereuse une exérèse de la vésicule ? Ne réservant la cholécystectomie que dans certaines conditions d'ordre local et général ?

Ces dernières années, d'autres statistiques englobant tous les cas aigus ou bénins où la cholécystostomie a été pratiquée, ont été publiées. Elles montrent un abaissement important du pourcentage de mortalité.

La thèse du docteur J. LACOSTE (1934) établit que

dans le service du docteur DESPLAS, sur 40 cholécystotomies pratiquées, il y eu 7,5 % de décès, alors qu'autrefois, la moyenne établie par les statistiques était de 10 et 11 %.

CHAPITRE II

QUELQUES OBSERVATIONS ET RÉSULTATS DE LA CHOLECYSTOSTOMIE

La cholécystostomie est donc préférable à la cholécystectomie chez les sujets dont la fonction vésiculaire est depuis longtemps troublée, mais chez lesquels il y a intérêt à rétablir cette fonction.

La conservation de la vésicule ne doit être pratiquée qu'autant qu'elle a gardé une activité fonctionnelle, c'est-à-dire chaque fois qu'elle est injectable et perméable. (BÉRARD et MALLET Guy).

Nous avons vu pratiquer la cholécystostomie au cours de nombreux cas de cholecystites calculeuses ou de cholecystites non calculeuses.

Il est évidemment d'autres indications à la cholécystostomie ; que ce soit les pancréatites aiguës ou chroniques ou l'ictère par rétention — dans lesquelles des résultats remarquables ont été obtenus.

On peut même dire, qu'actuellement la cholécystostomie est le véritable traitement des pancréatites aiguës, pour les uns associée à la dénudation du pancréas, pour d'autres employée seule.

Nous n'avons eu l'occasion d'observer qu'un cas de pancréatite aigue traitée par la cholécystostomie ; nous en donnons l'observation.

Observation n° 2

Monsieur B..., 27 ans (Docteur PILVÉN) opéré le 18 février 1936.

Crise abdominale aigue avec contracture, on pense à une perforation d'estomac. Cependant l'interrogatoire apprend que le malade a présenté depuis quelques années, des troubles digestifs à type vésiculaire.

Incision médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic — l'estomac ne présente aucune lésion ; on trouve une vésicule épaisse, adhérente à l'épiploon contenant de petits calculs. Grosse masse de réaction pancréatique — taches de stéato-nécrose, on dénude le pancréas — compresse — mickulicz au contact. Cholecystostomie.

Dg : Pancréatite aigue d'origine vésiculaire.

Dans les jours qui suivent l'opération, les accidents infectieux s'atténuent puis disparaissent.

■
* *

Nous présentons également, dans le but d'illustrer notre travail, quelques observations de cholécystites lithiasiques ou simples et de cholécystites aiguës ou chroniques, traitées par la cholécystostomie dans les

services du docteur GAUMÉ et du docteur PILVEN à l'hôpital de Quimper, au cours des trois années passées.

Observation n° 3

Madame C..., 32 ans (Docteur PILVEN).

Cholécystite aigue, température 38°5.

Douleur localisée à la région hépatovésiculaire.

Opérée le 19 juin 1936.

Incision para-médiane, on tombe sur une grosse vésicule, très tendue.

A la ponction on retire un liquide gris sale ; à l'incision, boue biliaire — quelques débris calculeux — curtage.

Cholecystostomie — méchage.

La température tombe dans les jours qui suivent immédiatement l'intervention.

La bile d'abord rare et noirâtre s'écoule bientôt de plus en plus abondante et claire.

La malade sort du service le 15 juillet 1936 après l'ablation de la sonde.

Revue en octobre 1937 — la fistule est refermée — Etat général satisfaisant.

Observation n° 4

Madame H..., 46 ans (Docteur PILVEN).

Cholecystite chronique. Douleurs persistantes à l'hy-

pochrondre droit. Point de Murphy sans contracture et sans vésicule perceptible. Intervention le 3 juillet 1937.

Incision para-médiane droite, vésicule bleue, petite, très haute située sous les côtes.

Ponction de la vésicule, bile claire mais on sent un petit calcul enclavé dans le hile. Incision, extirpation du calcul. Cholecystostomie.

On laisse le drain quelques jours seulement, la bile s'écoulant abondante et jaune.

La fistule se ferme presque immédiatement et la malade sort guérie du service.

Revue le 30 janvier 1939 ; très bon état général, plus de troubles digestifs, ni de douleur à la palpation du point vésiculaire.

Observation n° 5

Madame M... (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Cholecystite ancienne.

Entre dans le service le 9 février 1938 pour crise aiguë de colique hépatique avec subictère.

Intervention le 10 février 1938.

Incision para-médiane, on tombe sur calcul inclus dans l'ampoule de Vater.

Extraction transduodénale.

Cholecystostomie.

Rien de particulier dans les jours qui suivent, la bile coule normalement, on enlève le drain, la fistule se re-ferme.

Observation n° 6

Madame M..., 34 ans (Docteur GAUMÉ).

Syndrôme douloureux de l'hypocoudre droit.

Point douloureux vésiculaire net. Température 38°5.
Pouls rapide.

Intervention le 10 avril 1938.

On tombe sur la vésicule, peu augmentée de volume mais adhérente au foie, également adhérente au colon transverse.

A l'ouverture, présence de pus et d'un gros calcul à cristaux de Cholestérine que l'on extirpe.

Drainage. Cholecystostomie sur sonde.

— La température oscille entre 38 et 39 pendant une quinzaine de jours, mais peu à peu elle revient à la normale, pendant qu'une bile d'abord foncée remplace le liquide purulent, puis s'éclaircit progressivement. La malade garde sa sonde environ deux mois, et sort de l'hôpital avec sa fistule.

— Non revue, mais le médecin traitant rencontré ultérieurement, dit que la fistule est longue à se refermer et nécessite un nitrage fréquent.

Observation n° 7

Madame S..., 53 ans (Docteur GAUMÉ).

Plusieurs crises douloureuses vésiculaires depuis une dizaine d'années, sans ictère ni fièvre.

Entre le 19 avril 1938 dans le service, en crise de cholecystite aigue.

Intervention le 20 avril 1938.

A la ponction : liquide purulent.

A l'ouverture : environ une centaine de calculs petits, de taille variant entre un petit pois et une tête d'épingle.

Cholecystostomie.

La température tombe dès le lendemain de l'intervention. La bile apparaît noire et mélangée à du pus. Puis s'éclaircit. La malade garde sa sonde trois semaines. Sort de l'hôpital avec sa fistule tarie mais non fermée.

Non revue.

Observation n° 8

Madame M..., 44 ans. (Docteur GAUMÉ).

Diagnostic : Cholecystite subaigue.

Intervention le 26 février 1937.

Incision para-médiane. On trouve une vésicule augmentée de volume, mais non distendue. Nombreuses adhérences au foie, mais sans calculs. Mais nombreux petite éléments donnant l'aspect de la « vésicule fraise ».

Cholecystostomie.

— Les phénomènes infectieux cessent rapidement dans les jours qui suivent.

Pendant trois semaines s'écoule par le drain une bile rare mais rapidement claire.

— La malade sort du service avec son drain.

— Revue en février 1939, le médecin traitant a enlevé le drain en avril 1938.

— La fistule est refermée.

Cette observation est intéressante, car nous sommes en présence d'un cas de vésicule dite « fraise », traitée par Cholecystostomie.

Le professeur GOSSET, considérant cet aspect comme un état préolithiasique, est d'avis de pratiquer la cholecystectomie dans ce cas.

MOULONGUET et LECÈNE sont d'avis au contraire de pratiquer la cholecystostomie (ce dernier considérant cet aspect comme un état infectieux), la vésicule n'ayant pas dans ce cas perdu son activité fonctionnelle.

Dans ce cas que nous signalons, il y a eu guérison clinique après Cholecystostomie.

De toute façon, à l'heure actuelle, le risque de retour d'accidents ou infectieux ou lithiasiques après cholecystostomie doit être évité par la cholecystostomie avec résection de la muqueuse, cette dernière comme il est démontré, étant à l'origine de la lithiase et de l'infection.

Observation n° 9

Madame G... (Docteur PILVEN).

Syndrôme d'obstruction intestinale avec évacuation difficile de l'estomac. Digestions pénibles, avec vomissements alimentaires. Douleur à l'hypochondre droit.

— Troubles digestifs déjà traités médicalement depuis quelques années.

— L'examen radiographique montre un estomac qui se vide mal, et un spasme de la région pyloro-duodénale.

Intervention le 1^{er} janvier 1938.

— Laparotomie exploratrice sus ombilicale, l'exploration de l'estomac et du colon est négative.

— On trouve une vésicule entourée de nombreuses adhérences, grosse, atonique, se vidant mal, sans calculs, gros foie.

— On libère la face inférieure de la vésicule.

— On pratique une cholecystostomie.

Une transformation s'accomplit chez la malade. Les crises douloureuses abdominales cessent, la malade peut rapidement s'alimenter. Une bile foncée abondante s'écoule par le drain vésiculaire, faisant peu à peu place à une bile plus claire.

Sortie le 3 février 1938.

La malade revue depuis, ne souffre plus et a engraisé de plusieurs kilogs.

Observation n° 10

Madame le P... (Docteur PILVEN).

La malade présente des troubles digestifs depuis déjà longtemps. Elle a des digestions lentes et pénibles, parfois des vomissements alimentaires et bilieux. Elle a été traitée médicalement.

Le 7 septembre 1938 elle rentre dans le service.

Laparotomie médiane. Estomac petit, spasmé à l'an-

tre et au pylore. Pyloroplastie. Examen de la région vésiculaire : vésicule flasque, atonique, véritable vésicule de stase, dilatée au bout, mais perméable. Cholecystostomie.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier.

La malade revue en mai 1939 n'a plus présenté de troubles digestifs. Elle s'alimente normalement et a engraisé.

Observation n° 11

Madame R..., 54 ans (Docteur PILVEN).

Long passé digestif. Digestions lentes, constipation.

L'examen radiographique pratiqué montre une ptose gastrique et colique considérable.

Intervention le 22 avril 1938.

Suspension d'estomac.

L'examen de la vésicule montre une vésicule flasque, atonique, contenant un gros calcul. — Cholecystostomie. — La bile s'écoule peu abondante et foncée dans les jours qui suivent. On laisse la sonde un mois jusqu'à ce que la bile redevienne normale et claire.

La malade sort du service le 3 juin 1938 avec sa fistule.

Revue le 10 mai 1939. La fistule est tarie depuis longtemps et fermée. La malade s'alimente bien et a engraisé.

Ces 3 observations (9-10-11) groupées à dessein prou-

vent la fréquence des cas où la cholecystite est marquée par des troubles digestifs et souvent à l'origine de ces troubles. Le docteur PILVEN dans un récent article (Gazette Médicale, extrait du numéro de Gastrologie n° 20 — 15 mars 1938) — a judicieusement insisté sur cette Symptomatologie digestive de la cholecystite chronique :

« La Physionomie de la cholecystite chronique, « dit-il, a ceci de particulier qu'elle comporte souvent « des symptômes extra-vésiculaires.

Les symptômes digestifs, gastriques le plus souvent, en sont une manifestation fréquente.

« Les crises gastralgiques, crampes d'estomac corres-
» pondent en réalité à des *contractions spasmodiques*
» du pylore et LAIGNEL-LAVASTINE en fait un symptôme
» solaire direct, ce qui lui permet d'expliquer que par
» l'antagonisme d'innervation du pylore et de l'esto-
» mac, le pylorospasme coïncide souvent dans la lithia-
» se vésiculaire avec une atonie considérable gastrique.
» De là à simuler la sténose du pylore il n'y a qu'un pas,
» et il nous est arrivé de constater chez les patients à la
» fois un syndrome clinique, et un syndrome radiologi-
» que de sténose du pylore, alors que la vésicule était
» seule en cause.

» La cholecystite simule souvent même l'ulcère gas-
» trique, ou duodénal, qui peut coexister, et elle provo-
» que des crises douloureuses généralement tardives, en
» raison de la proximité de la vésicule et du pylore.

» Bien plus, dit-il, répétant ce qui a été dit plus haut
» que la cholécystite est la grande simulatrice des affec-

» tions gastriques nous ajouterons qu'elle l'est aussi
» bien en radioscopie qu'en clinique.

» L'inflammation chronique de la vésicule, favorise
» le relâchement des parois abdominales, et la ptose de
» l'estomac comme de l'intestin.

» Il est donc courant de constater aux Rayons X un
» estomac dont le bas-fond atteint la ligne puliène, et
» il importe alors de faire le diagnostic entre la gastrop-
» tose simple et la ptose symptomatique d'une affection
» biliaire.

» Ce diagnostic est éminemment difficile, et l'étude de
» tous les symptômes et de tous les signes est indispen-
» sable ».

Docteur PILVEN (Annales de Gastrologie N° 20).

La cholecystostomie représente dans ces cas une opération de choix, chaque fois que la fonction physiologique de la vésicule n'est pas annihilée.

Il existe évidemment des malades chez qui la cholecystectomy a dissipé les troubles gastriques. Mais d'autres souffrent de la suppression de la vésicule. Si la vésicule n'a pas perdu son activité fonctionnelle, il faut la conserver car ces vésicules atoniques, sont des vésicules susceptibles de reprendre une fonction physiologique sensiblement normale.

Comme nous le voyons dans l'observation n° 11, on trouve souvent cette forme de vésicule dans les syndromes de ptose généralisée. Chez notre malade, l'estomac et le colon étaient considérablement ptosés.

Cette stase exagère la concentration de la bile.

La cholecystectomie ne saurait en effet en supprimant la fonction de la vésicule, améliorer les malades chez qui justement le trouble de cette fonction est à l'origine des accidents.

La cholecystostomie, comme nous l'avons dit au début de ce travail, met la vésicule au repos, et évite l'hyperconcentration de la bile.

Celle-ci qui, au début s'écoule noire, devient jaune lorsque la vésicule est au repos, et redevient foncée, lorsque les fonctions de la vésicule reprennent.

*
* *

Observation n° 12

Madame G..., 36 ans (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Douleur très violentes, à point de départ hépato-vésiculaire, irradiant dans l'épaule et le dos.

On décide l'intervention le 24 novembre 1938.

Incision para-médiane droite.

On tombe sur une vésicule extrêmement tendue et pleine de gros calculs.

A la ponction : un peu de bile foncée.

A l'incision : une douzaine de gros calculs que l'on extirpe.

Cholecystostomie avec résection de la muqueuse vésiculaire.

La bile s'écoule bientôt normale par la sonde que la malade garde trois semaines. Deux jours après son

ablation, la fistule se referme et la malade sort guérie du service.

Observation n° 13

Madame R... (Docteur PILVEN).

Intervention le 19 décembre 1938.

Incision para-médiane droite.

Appendicectomie.

A l'exploration de la région vésiculaire, on tombe sur un magma d'adhérences : périviscérite considérable. Très grosses adhérences à la face inférieure du foie, à la paroi et tout autour de la vésicule. Résection sous sérieuse de la muqueuse vésiculaire. — Drain.

La malade garde la sonde trois semaines. La fistule se referme le lendemain — guérison.

Malade non revue depuis.

Observation n° 14

Madame P..., 24 ans (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Présente depuis deux ans des phénomènes douloureux à type gastralgique avec irradiation à l'épaule.

Vésicule palpable, faisant penser à un calcul bloquant le cystique.

Intervention le 30 janvier 1939.

On tombe sur une vésicule contenant neuf calculs

dont 1 bloqué dans le cystique. Resection de la muqueuse ; vésicule au péritoine avec sonde de PEZZER.

Les premiers jours après l'intervention, écoulement d'une bile noirâtre et rare. Mais bientôt elle devient plus abondante et s'éclaircit. La sonde est ôtée au bout de 3 semaines. Le surlendemain la fistule se referme. La malade sort le 28 février guérie.

Les 3 dernières observations (12-13-14) montrent l'intérêt de la cholecystostomie avec resection de la muqueuse, permettant en vingt-quatre ou quarante-huit heures maximum la fermeture de la stomie.

Ces interventions sont évidemment trop récentes pour en connaître les suites à distance.

CHAPITRE III

QUEQUES CAS DE GANGRÈNE DE LA VESICULE TRAITÉS PAR LA CHOLECYSTOSTOMIE

Chaque fois que nous avons vu pratiquer l'exérèse d'une vésicule gangrénée, ce qui par analogie avec l'appendicite semblerait logique, nous avons constaté des suite défavorables.

Par contre nous avons été surpris de voir les résultats satisfaisants que nous donnait la cholecystostomie avec ou non resection du fond ou d'une partie plus étendue de la vésicule, malgré l'étendue et la gravité des lésions locales.

Dans deux cas, en particulier dont nous citons les observations plus détaillées, nous pensons trouver la démonstration de cette méthode (Obs. n^{os} 15 et 16).

Observation n° 15

Madame S..., 42 ans, téléphoniste (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Troubles gastriques et hépatiques datant de plusieurs mois.

Appelé le 10 mars 1937 pour état général très défl-cient. Température à 40° — frissons.

Ictère extrêmement prononcé.

A l'examen : douleur de la région sous-hépathique. Pas d'empâtement pouvant faire penser à une suppuration ou empyème de la vésicule. Contracture.

On décide d'intervenir. La malade est transportée d'urgence à l'hôpital.

A l'intervention faite à l'anesthésie locale on trouve un carrefour sous hépatique méconnaissable. La vésicule, ou ce qui semble la vésicule, est de couleur brun foncé, plissée, flétrie. — Ponction. — Pas de liquide biliaire.

On pratique à ce niveau une ponction au bistouri, après mèches isolant du reste de la cavité abdominale, la vésicule. Et on place dans cet orifice une sonde de PEZZER avec opercule de CAVAILLON. On tombe sur une vésicule ne contenant donc pas de bile et semblant exclue.

Etant donné l'état général de cette malade, on considère que cette opération à minima est seule susceptible d'éviter une issue fatale.

Le soir même, on a la surprise de voir s'écouler par la sonde une quantité minime mais évidente d'une bile noirâtre à odeur fétide, pūrulente.

Les jours suivants la température reste élevée, mais le débit de cette bile augmente en même temps que l'odeur fétide diminue et que la couleur tend à reprendre un aspect plus normal.

Pendant 15 jours encore la température se main-

tient élevée entre 38,5 et 39,5. La bile s'éclaircit et peu à peu la température baisse.

L'état général s'améliore progressivement, pour aboutir finalement à une guérison que l'on commençait à considérer comme très problématique.

Revue le 16 octobre. La fistule persiste mais état général satisfaisant.

Par l'orifice s'éliminent des débris sphacelés de paroi vésiculaire.

Le 13 Janvier 1938. Revue, la fistule s'est refermée spontanément après nitrate d'argent dans le trajet. Etat général très satisfaisant.

Depuis, la malade revue se porte bien.

Ce fut une opération à minima étant donné l'état général de la malade, les lésions locales.

La vésicule ne contenait pas de calculs, et nous nous trouvions véritablement devant un cas de gangrène complète de toute la vésicule sans manifestations lithiasiques.

La bile purulente, les débris sphacelés semblent démontrer que dans un tel cas il y a un intérêt certain à donner une libre sortie à tous les produits toxiques, chose que réalise la cholecystostomie, que ne donnerait certes pas la cholecystectomie.

Il eut été du reste préférable de faire un accolement au péritoine, ce qui eut évité la lenteur de fermeture de la fistule. Mais étant donné les lésions de tout le carrefour sous hépatique, dans ces cas de gangrène, la chose est impraticable.

Il est à noter que secondairement il n'a pas été néces-

saire de refaire une nouvelle intervention et en particulier une résection de la vésicule.

Observation n° 16

Monsieur Le H..., 63 ans (Docteur PILVEN).

Le malade soigné déjà depuis quelques temps par le médecin traitant pour ictère se prolongeant, est opéré le 16 Juillet 1937 d'urgence, étant donné la gravité des signes à la fois locaux et généraux.

Les signes généraux se traduisent par un état d'intoxication extrêmement accentué avec délire, faisant douter du résultat favorable de l'intervention.

La teinte des téguments est jaune verdâtre.

La température oscille entre 40° et 38° 5.

Le pouls est extrêmement rapide et mal frappé.

Localement on perçoit dans la région sous hépatique une masse à limite imprécise faisant penser à un empyème de la vésicule.

L'intervention est pratiquée avec un minimum de traumatismes. *Anesthésie locale*, associée d'ailleurs à plusieurs ampoules de chlorhydrate de morphine.

Après incision habituelle on découvre au milieu d'un magma d'adhérences une vésicule tendue, grosse, d'aspect brunâtre, *véritable aspect gangréneux*. Après protection par mèches, on ponctionne la vésicule. On en tire un liquide brun noirâtre, d'odeur fétide.

On resèque le fond de la vésicule, ce qui permet l'ex-

traction de six petits calculs, et la mise en place d'un drain.

Dans les trois jours qui suivent l'opération, la température est tombée à 37° 5, le délire a disparu, l'état général s'améliore notablement. On continue le traitement habituel au sérum hypertonique intraveineux. — Septicémine. — Et au bout de 3 semaines, le malade sort du service en bonne voie de guérison.

Revu deux ans après, le 4 mai 1939, localement il persiste encore une douleur dans la région sous-hépatique et le médecin traitant a pu noter au cours de ce temps quelques poussées légères d'angiocholite.

En plus de ces deux observations, exposées longuement, il nous a été donné de pratiquer la cholecystostomie dans quelques autres cas de gangrène de la vésicule. Cas que nous citons, plus brièvement.

Observation n° 17

Madame H.... 39 ans (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Crise aigue de cholecystite chronique.

Température : 39°5. — Contracture sous-hépatique.

— Ictère assez prononcé. Vomissements bilieux.

Entrée dans le service le 20 septembre 1937.

Intervention.

Anesthésie locale.

A l'ouverture on tombe sur un magma d'adhérences. Pus tout autour de la vésicule, qui a une couleur brun foncé. — Multiples adhérences épiploïques, duodéna-

les. Dans la vésicule très gros calcul de la taille d'un oeuf de pigeon. — Mise en place d'un drain.

La température continue à osciller aux environs de 38-39 pendant une semaine.

Puis descend à 37°5.

La teinte ictérique s'atténue. L'amélioration progresse chaque jour, et quatre semaines après l'intervention la malade sort du service.

La malade est revue un an et demi après, par hasard, dans le service de médecine où elle est entrée. La fistule s'est refermée depuis quelques mois. La malade ne présente aucun trouble en rapport avec l'intervention.

Observation n° 18

Madame C..., 44 ans (Docteur PILVEN).

Opérée le 16 janvier 1938.

Péritonite avec cholecystite purulente. — T. 39° —

Appendicectomie. — Vésicule énorme épaissie, pleine de pus, brun, fétide. — Tamponnement autour de la vésicule qui présente à plusieurs endroits des lésions de SPHACÈLE. Resection du dôme vésiculaire. Extraction d'un gros calcul de la taille d'une noix. — On en sent d'autres dans le col de la vésicule, que l'on enlève à la curette.

Drain dans la vésicule.

La température tombe peu à peu. Par le drain s'éliminent des débris sphacelés, en même temps que de la bile noirâtre pendant longtemps, mais qui s'éclaircit peu à peu.

Sortie environ trois semaines après l'opération en bonne voie de guérison.

Non revue.

Observation n° 19

Mdame C..., 62 ans (Docteur OLLIVIER-HENRY).

Opérée le 1^{er} février 1938.

Cholecystite aigue. — T. 39°5. — Subictère.

Vésicule très grosse perceptible, douleurs violentes de la région hépato-vésiculaire, avec contracture.

Malade très fatiguée.

Incision para-médiane — on tombe sur une vésicule très grosse, à parois très épaisses sauf en certains endroits où il y a un début de Sphacèle.

La ponction retire du pus très fétide.

A l'ouverture, vésicule remplie de pus, mélangé à des débris brunâtres. Sept calculs dont un très gros bloquant le cystique.

Etant donné l'état de la malade et l'aspect de la vésicule, on pratique une cholecystostomie avec méchage périvésiculaire.

Dans les jours qui suivent l'intervention, s'éliminent des débris sphacelés qui font place peu à peu à l'écoulement d'une bile foncée qui reprend progressivement son aspect normal.

La malade sort le 26 février en bonne voie de guérison.

Revue le 15 novembre 1938, il persiste une petite fistule dont l'orifice se ferme peu à peu après nitrage.

*

* *

Tels sont ces cas qu'il nous a été donné de voir à l'hôpital de Quimper, et qui tout naturellement nous ont fait adopter dans la majorité des affections de la vésicule la cholecystostomie.

Mais si dans la gangrène vésiculaire il semble que ce soit le seul procédé à employer, dans d'autres cas, en particulier les cholecystites lithiasiques, il semblerait plus logique de recourir à la cholecystectomy. Mais étant donné les avantages considérables que présente la cholecystostomie chez ces malades avant tout des hépatiques (drainage du foie et mise au repos des voies biliaires) nous avons été conduit à pratiquer d'une façon à peu près systématique la cholecystostomie, mais avec résection de la presque totalité de la muqueuse vésiculaire.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE LA CHOLECYSTOSTOMIE AVEC RÉSECTION DE LA MUQUEUSE

Nous rappellerons simplement et brièvement la technique employée par la plupart des chirurgiens :

- Anesthésie locale en principe.
- Incision para-médiane droite.
- Incision du péritoine.
- Découverte de la vésicule.
- Exploration complète et systématique des voies biliaires avec protection soigneuse.
- Ponction de la vésicule toujours tendue.
- La vésicule est maintenue à l'extrémité du fond par quatre pinces de Chaput.
- On pratique sur le fond de la vésicule une incision en croix, n'intéressant que la séreuse, permettant d'une façon relativement facile son clivage aux ciseaux courbes jusqu'à l'origine du canal cystique.

Au cours de cette manoeuvre il est fréquent de rencontrer une ou deux petites artérioles qu'il est nécessaire de ligaturer.

— On resèque d'un coup de ciseaux tout le sac formé par la muqueuse.

On introduit à ce niveau la sonde de PEZZER de calibre relativement réduit. — Une simple ligature au catgut permet de reserrer sur la sonde le moignon de la muqueuse reséquée.

— Et on termine la cholecystostomie en abouchant seulement le sac séreux restant au péritoine pariétal antérieur.

Cette opération est un moyen terme entre la cholecystostomie simple et la cholecystectomy dont elle a les avantages par suite de l'enlèvement de la muqueuse infectée source de lithiasé récidivante sans les inconvénients du shock opératoire inhérent à la cholecystostomie :

- Adhérences difficiles à libérer.
- Déchirure du duodenum.
- Tiraillements sur les plexus.
- Déchirure possible du foie ; hémorragies.
- Déchirure du colon adhérent.

Il y a souvent plus de gravité à enlever les adhérences périvésiculaires, qu'à les laisser, et la cause supprimée elles s'assouplissent.

— La resection des adhérences est suivie immédiatement d'une reprise de la périviscérite ainsi que le prouvent les opérations itératives sur les voies biliaires.

Ce procédé, permet de conserver un réservoir biliaire dans lequel la bile peut encore s'accumuler à l'intervalle des repas et ceci nous a été démontré chez une de

nos opérées, un an après l'intervention par une injection de Ténébryl.

*

* *

Dans cette brève contribution à l'étude des cholecystostomies, nous avons surtout voulu essayer d'apporter quelques arguments de plus à son actif.

Sans vouloir dire que dans tous les cas la cholecystostomie rendra de plus grands services que la cholecystectomy il semble cependant que bien souvent c'est à elle qu'on devra avoir recours.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystostomie est un procédé simple qui doit être le procédé de choix dans un certain nombre d'affections :

a. — Cholécystites calculeuses ou non calculeuses, toutes les fois que la vésicule est saine et que sa valeur fonctionnelle est conservée. Une vésicule cependant très atteinte peut, après cholécystostomie, récupérer sa fonction.

b. — Cholécystites aiguës ; la cholécystostomie, dans ce cas, est une opération de prudence, ne choquant pas un malade infecté et très fragile, pouvant être curatrice à elle seule, ou permettant d'attendre ou de pratiquer ultérieurement une cholécystostomie dans les conditions les meilleures.

c. — Angiocholite.

d. — Pancréatites aiguës et chroniques.

e. — Ictères par rétention.

II. — La cholécystostomie, avec ou non résection du fond ou d'une partie plus étendue de la vésicule, peut donner des résultats surprenants dans les cas de lésions gangréneuses de cet organe.

III. — La cholécystostomie dans les cas de gangrène de la vésicule a l'avantage indiscutable de permettre un drainage hépatique, seule garantie de succès

chez ces malades qui sont avant tout des intoxiqués hépatiques.

IV. — La cholécystostomie avec résection de la muqueuse permet d'étendre le choix de la cholécystostomie avec tous ses avantages à des affections qui étaient justiciables jusqu'à présent de la cholécystectomie.

V. — Il semble que ce procédé permette en outre de conserver un réservoir biliaire qui, en l'absence de sa muqueuse, a perdu le droit de s'appeler vésicule biliaire.

Vu : Le Président de Thèse,
LENORMANT.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- E. AINE. — S. d'hydrologie et du climat médical de Paris. *La Presse thermale et climatique*, 15 octobre 1933. Cholécystostomie et cure de Châtel-Guyon.
- H. BARBER. — *Annals of Surgery*, Philadelphie, août 1935. — *In Journal de chirurgie*, T. 46, n° 5, novembre 1935. Les sequelles de la cholécystostomie.
- L. BERARD et P. MALLET-GUY. — *Presse médicale*, 21 novembre 1932. Sur les données de la cholécystostomie dans les ictères infectieux.
- LOUIS BERGOUIGNAN. — *Académie de Chirurgie*, 1^{er} avril 1936. Deux cas de cholécystostomie pour ictère prolongé de cause médicale.
- BIANCHERI. — *Arch. Ital. di Chir.*, avril 1932. La valeur de la cholécystostomie.
- PAUL BORIN. — Contribution à l'étude des biles de cholécystostomies (*Thèse de Paris*, Libr. Lipschutz), 1933.
- P. BROcq, E. CHABROL et J. PORIN. — (*Presse médicale*, 6 juillet 1932). Les enseignements de la cholécystostomie dans les ictères infectieux.
- CUTLER. — Cholédocholithotomie (*Annals of Surgery*, novembre 1934).

- J. DELAGE. — Choleycistite gangréneuse au cours d'une scarlatine chez un enfant — cholécystostomie — guérison. (*Bull. soc. de Pédiatrie, Paris*), avril 1932.
- Abel DESJARDINS. — Sur la technique de la cholécystostomie (*Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, 15 février 1935).
- DESPLAS et J. MEILLERE. — Cholécystostomies de dérivation, technique et indications de la cholécystostomie continente (*Presse médicale*, 21 janvier 1931).
- FRASER et FERGUSON. — Cholécystostomie (*Annals of Surgery*, septembre 1931).
- P. GARNARD. — Ictère par rétention sans obstacle organique avec hypertonie vésiculaire ; cholécystostomie curative (*Bulletins et mémoires de la Société Nat. de Chirurgie*, 30 juin 1934).
- J. J. M. LACOSTE. — Indications, technique et résultats de la cholécystostomie (*Thèse de Paris*, Jouve, éditeur, 1934).
- R. LERICHE. — Evolution d'une pancréatite hémorragique aiguë traitée par simple cholécystostomie dans un premier temps. (*Lyon chirurgical*, mars-avril 1932). Résultat éloigné d'une cholécystostomie pour pancréatite chronique sans ictère. (*Lyon chirurgical*, mars-avril 1932).
- MADINAVEITIA. — Cholécystostomie (*Los progressos de la clinica*, janvier 1933, p. 3).

A. MARTIN. — Cholécystostomie d'urgence pour gangrène de la vésicule chez une femme de 74 ans très obèse (*Société de médecine de Rouen*, séance du 9 novembre 1931).

Victor PAUCHET. — Anus biliaire. La cholécystostomie dans le but de drainer non la vésicule biliaire seule, mais la totalité des voies biliaires (*Le Vieux Bistouri*, 20 avril 1932).

— Technique de la cholécystostomie (*Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*), 1^{er} février 1935.

Victor PAUCHET et Alexandre HIRCHBERG. — Considérations sur l'anus biliaire (Cholécystostomie). (*La Clinique*, avril 1933).

— Considérations sur l'anus biliaire (Cholécystostomie). (*Revue générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord et des colonies françaises*, 1^{er} août 1933).

G. H. PRATT. — Cholecystectomy and cholecystostomy in gangrenous cholecystitis (*Am. J. Surgery*, oct. 1933).

Pierre SMITT et Gustave ROY. — La cholécystendèse ou colécystostomie. (*L'Union médicale du Canada*, janvier 36).

TREMOLIERES, THIERY et FAUCHET. — Étude de la sécrétion biliaire dans un cas de fistule biliaire après cholécystostomie (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie du pancréas et de la rate*, n° 4, juillet-août 1933).

LUC VAN DER ELST. — Les indications de la cholécystostomie dans les cholécystites aiguës (*Thèse de Paris* 1933, Librairie M. Lac, éditeur).

— La cholécystostomie (*Journal des Praticiens*, 1^{er} décembre 1934).

